

右旋转约 45° , 右手手掌托扶住下颌, 向右旋上提头颈, 右手手掌托扶住下颌向右旋转上提头颈, 与此同时, 左手拇指指向左水平方向顶住椎体棘突, 当旋转上提到一定程度, 手下感较大阻力时, 双手协同快速用力, 常听“喀嗒”一声, 指下感棘突向左移, 手法成功。

2.2 针刺疗法 针刺取穴: 风池(双侧) 大椎肩中俞(双侧)。毫针刺, 用平补平泻法, 每日1次, 每次留针30分钟。10次为1疗程。

2.3 疗效标准(自拟) 临床治愈: 颈肩部疼痛消失。好转: 颈肩部疼痛好转。无效: 颈肩部疼痛未见改善。

2.4 治疗结果 本组15例患者临床治愈11例, 好转2例, 无效2例。

3 讨论

神经根型颈椎病由于颈椎间盘突出刺激或压迫神经根所致。临床主要表现: 开始多为颈肩痛, 短期内加重, 并向上肢放射, 正常情况下,

脊髓在颈椎椎管之中, 左右两侧脊神经根的长度是等长对称的。患者由于长时间侧睡, 由于慢性外力作用, 使颈椎椎体失稳, 稍稍滑向患肢神经根疼痛的对侧, 使颈椎间盘突出, 从而出现棘突压痛点对侧神经根出现牵拉状态而疼痛。本组患者经手法治疗, 使失稳的颈椎体恢复原位, 从而使颈椎间盘突出复位, 使牵拉状态的神经根型颈椎病疼痛得以解除, 加之配合局部取穴针刺治疗, 以加强疏通气血, 通经活络之功。^[3]

参考文献

[1] 陈文彬, 王友赤. 诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 55

[2] 韦贵康, 陈忠和, 贺俊民, 等. 软组织损伤和脊椎相关疾病[M]. 南宁: 广西科学技术出版社, 1994. 101

[3] 孙国杰. 针灸学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 245

(本文校对: 袁淑芳 收稿日期: 2008-05-31)

气至而有效的现代医学机理分析

曾晓聆 指导: 周然安 厦门大学医学院中医系(361005)

关键词: 气至而有效; 疼痛; 中风后遗症

经络学说中, “气”的概念首先来源于针刺感应, 尤其是循经感传。对于“气”的作用, 《灵枢·九针十二原》指出: “刺之要, 气至而有效。”《标幽赋》引申其义: “气速至而速效, 气迟至而不治”。《难经》七十八难则认为: “不得气是谓十死九不治也。”可见“气”在针灸治病中的重要性。那么“气”为什么会如此重要? 研究其中机理对于揭示针灸治病机理和提高针灸疗效, 乃至解释脑的工作原理, 均具有重要意义。

我们认为根据“从GPS论经络实质”^[1]文中观点, 能很好地解释“气至而有效”和“气速至而速效, 气迟至而不治”的机理, 同时对这一机理的解释反过来也能进一步证实“从GPS论经络实质”一文对经络实质的认定。“从GPS论经络实质”一文认为: “神经系统为了最有效地发挥感觉、运动作用, 通过漫长的进化, 使神经细胞的轴突末梢和突触末梢按一定的几何结构排列; 而这种几何结构就是感觉和运动细胞的轴突末梢相对集中在经络上, 从而使经络上感觉和运动细胞的轴突末梢的间距小于其他部位。这一‘小间距’为经络上施针时, 引起传入神经、传出神经中枢之间不断反馈、交互兴奋奠定了基础, 从而当经络上受到特殊刺激时, 即可出现循经感传现象。因此可以说, 经络实际上就是神经系统的一种特殊兴奋现象。”^[2]由此可知, 针灸治疗当中, “气”的出现和强弱与否, 实际上反应了针灸对脑与外周神经功能的调整与否, 故能“气至而有效”。

从废用性萎缩当中可以得到启示, “不用则废”, 临床常可见到因缺乏活动而产生的肌肉萎缩和使用激素而导致腺体萎缩。实际上, 在肌肉、腺体萎缩的同时, 支配这一部分的神经细胞由于长期不产生神经冲动兴奋, 脑细胞陷于相对抑制的状态, 可引起脑细胞代谢减慢, 如合成各种酶和神经传导质的量减少, 导致脑细胞之间的联络功能减弱, 甚至脑萎缩。

既然肌肉和腺体在缺少活动等刺激时, 容易出现局部和相应的中枢神经细胞的萎缩。那么, 外加针灸等刺激, 理应能够帮助恢复, 临床实践也证明了这一点。其机理就是因为“气”的出现, 加强了中枢与中枢、中枢与外周神经之间的联络的结果。

肌肉、腺体等可以出现废用性萎缩, 相信全身其他脏腑组织器官同样存在类似病变。只是不像肌肉、腺体的萎缩那么可以直观或用实验室检查可以得到证实。但也因此使这类疾病变得更加复杂和广泛而难

以治疗, 相信临床上很多疾病与此有关。下面以针灸治疗疼痛和中风后遗症为例, 对“气”与疗效的关系作进一步分析:

众所周知, 针灸有很好的止痛作用。现代医学对疼痛及针灸的止痛机理, 尚不十分清楚。经络学说则认为, “不通则痛, 通则不痛”。过去认为, 经络学说对这一疼痛和止痛机理的解释, 过于抽象。但是我们认为, 如果用“从GPS论经络实质”一文中对“气”(循经感传)的解释, 则可认为即便从现代医学的角度来看, “不通则痛, 通则不痛”也是对疼痛机理的高度概括和很好解释。一般认为, 疼痛是机体受到损伤性刺激时的一种中枢反应。但是, 临床上有些病人的长期疼痛, 并无任何疼痛部位的损伤现象, 这些病人为什么会长期疼痛? 而针灸又可使部分病人在经受针刺后的几分钟内可以使疼痛减轻或消失, 甚至就此痊愈。显然一次针灸, 不可能使机体受到的损伤予以消失而恢复, 那么为什么能够起到止痛效果。显然另有原因。

有人研究表明, 对疼痛患者“通过微电极技术, 在丘脑束旁核和中央外侧核中找到对一些伤害性刺激敏感的神经元, 它们表现为对重复刺激缺乏适应性的长串放电, 作为疼痛信号的驿站。而针刺足三里等穴可以抑制这种放电”^[3]这说明对于某些疼痛患者, 外界神经冲动传入到脑部, 本来应该通过脑部互相连接的神经细胞, 不断传递, 成为兴奋其他脑部神经细胞的“上行激动作用”。但是, 可能是这些患者, 脑细胞之间的联络处于抑制状态, 从而使外界刺激所传入脑部的神经兴奋冲动(不仅是疼痛刺激, 还包括对正常人来说是一般的感觉信号)所产生的能量(物质), 积蓄在脑的某一部位, 对局部构成一定的损伤性刺激, 从而导致疼痛。即所谓的“不通则痛”。针灸后, 如能产生“气”(循经感传), 则能使脑部积蓄的能量(物质)得以释放, 从而达到“通则不痛”的效果。因为“从GPS论经络实质”一文告诉我们, “气”的出现, 是传入神经、传出神经中枢之间不断反馈、交互兴奋扩散的结果。而且不仅使兴奋在中枢神经系统特别是大脑皮层中定向扩散, 引起相应的神经细胞联络的加强。并且因“气至病所”, 使病变部位的周围的神经、血管、淋巴管等活跃。这就疏通了外周导致疼痛的化学物质排泄途径, 促进消除各种导致不通的因素。改善血液供应, 将疼痛的病理过程引向良性循环。如果针刺后, 不能产生“得气”, 就是传入神经、传出神经中枢之间没有产生不断反馈、交互兴奋扩散的效应, 自然就不能达到应有的临

床疗效。

中风主要指西医学的急性脑血管病,如脑梗塞、脑出血、脑栓塞、蛛网膜下腔出血等都属于本病的范畴。病理在微观上表现为血液供应障碍,脑组织因缺血缺氧而造成各种神经元、胶质细胞及内皮细胞的坏死;在宏观上表现为受损脑组织支配区域代谢、功能的异常。

中风后坏死的脑细胞是不能再生的,但通过针灸治疗,很多患者能够在短时间内迅速好转,少数病人甚至中风后一个月或数月不能走路,而针灸一次即可站立步行。但临床实践证明针灸治疗中风后遗症,也不是人人都有显效。这是为什么?

首都著名中风偏瘫病专家李广钦研究表明:中风病人脑部的“缺血半暗带内还存在着大量处于休眠状态或半休眠状态的脑细胞,通过合理治疗可以被重新激活,并逐渐恢复正常脑功能。”因此,如何激活这些缺血半暗带内还存在的大量处于休眠状态或半休眠状态的脑细胞,是治疗的关键。针刺后的得气,正是激活这些缺血半暗带内还存在的大量处于休眠状态或半休眠状态的脑细胞的有效方法。针刺多选择在瘫痪的部位的穴位,这里正是死亡脑组织和“缺血半暗带内存在的大量处于休眠状态或半休眠状态的脑细胞”所支配之处。上面已经说过,针刺后之所以得气,就是中枢神经产生了兴奋扩散,而且这种中枢神经的兴

奋扩散,是建立在相应的中枢与外周之间的传入、传出的联络不断兴奋反馈的基础上。因此,气的出现,就意味着唤起或激活了病变周围脑细胞的复苏,帮助恢复和重建正常的反射弧,从而加强了皮层功能区之间的协调作用。如果针刺后,不能产生“得气”,就是传入神经、传出神经中枢之间没有产生不断反馈、交互兴奋扩散的效应,自然就不能有效兴奋“缺血半暗带内存在的大量处于休眠状态或半休眠状态的脑细胞”。即便对中风的恢复也有一定作用,也不可能有很好的疗效。

针灸治疗作用广泛,但这些治疗作用基本上都可以运用“从 GPS 论经络实质”一文中的 GPS 理论来解释。即针灸的作用是基于“得气”后外周与中枢神经系统交互反馈性兴奋,加强了中枢与外周的联络,使神经系统功能的以正常发挥。

参考文献

- [1][2] 周然宓,周叔平.从进化论求解医学难题[M].上海科技出版社,2008:182;188
- [3] 史学敏.针灸学[M].中国中医药出版社,2002:355
- [4] 方燕南.电刺激治疗对脑梗死后运动功能及星形胶质细胞活性的影响[J].中国神经精神疾病杂志,2000,26(1):9

(本文校对:李彦知 收稿日期:2008-05-10)

一指禅靠推的临床体会

吴兴华 指导:廖品东 成都中医药大学针灸推拿学院(610075)

关键词:一指禅;靠推;临床体会

一指禅靠推属于传统一指禅推法变化的一种,是经过众多推拿前辈长期运用一指禅手法衍生而成,其源流未有确切记载。笔者受成都中医药大学曾文斌老师教导,习得此法,经近四年的临床运用,对该手法小有心得,现将自身体会介绍如下,以供广大临床推拿医师参考。

1 动作结构

用拇指指端或罗纹面贴附于治疗部位,余四指伸直与拇指相对,指间稍分开,置于治疗部位侧方,沉肩、垂肘、悬腕,以腕关节做节律性的内、外摆动,带动拇指关节做屈伸运动,使产生的力持续作用在治疗部位上。

2 动作要领

2.1 靠推法与传统一指禅推法的主要区别 传统一指禅推法中,其余四指屈曲握空拳,在施术过程中始终保持悬空状态。而靠推法则是将其余四指伸直,与拇指相对,指间稍分开,置于治疗部位侧方,在施术过程中始终靠在施术部位的侧方。这一改变解决了传统一指禅推法不易吸定的问题,有助于施术过程的稳定性,同时也是“靠推”之“靠”的由来。

2.2 由于增加了四指的辅助吸定,故靠推法垂肘与悬腕的幅度的选择较传统一指禅推法更为自由,同时也增加了操作的灵活性。

2.3 拇指与其余四指相对并分开放置,使得在施术过程中可将点法、拿法、弹拨法等手法融入其中,手法之间的转换灵活、流畅。

2.4 临床施术应本着持久、有力、均匀、柔和、深透的原则。在整个施术过程中,始终注意不要耸肩、夹腋。内外摆动时动作变换要自然、流畅、平稳,不能跳动。

3 临床运用

靠推法也同传统的一指禅推法一样,既可吸定在穴位上做单穴定

点操作,也可沿经络外行线边推边走,即所谓的“推穴道,走经络”。故适用于全身各处的点状与线状的治疗部位。该法深透性强,刺激量大小可按需要任意调节,既可使劲力作用于皮肉筋骨,也可渗透至脏腑。

由于该手法拇指与其余四指相对并分开放置的特点,使得该法尤其适用于颈肩及四肢部操作。除传统的“推穴道,走经络”外,在这些部位也可沿着肌肉走向进行操作,有行气活血之功,对于缓解肌肉痉挛,减轻疼痛具有良好的疗效。适用于颈椎病、落枕、肩周炎、肱骨外上髁炎、退行性膝关节炎、踝关节扭挫伤等颈肩及四肢部位的筋伤治疗。

4 小结

作为中医传统推拿主要流派之一,一指禅推拿不仅是一种手法,更是一种文化,我们在继承各位前辈经验的基础上,更有义务去将之发扬光大。随着推拿学科的发展,手法的改良和创新也显得尤为必要。如何在新病种层出不穷的今天将传统手法作出更新更好的诠释,以更进一步适应临床的需求,还需各位同仁共同努力。

(本文校对:李彦知 收稿日期:2008-05-02)

本刊宗旨:

寓医理于临床

本刊方针:

面向临床
面向科研
面向社区